

中西医结合

实用消化病学

PRACTICAL
HEPATO-GASTROENTEROLOGY
COMBINATION OF
MODERN AND
TRADITIONAL
MEDICINE

上海科技教育出版社

责任编辑 胡家喜
沈飞雯
封面设计 杜一光

中西医结合实用消化病学

王冠庭 主编

上海科技教育出版社出版发行

(上海冠生园路 393 号)

各地新华书店经销 上海中华印刷厂印刷

开本 850×1168 1/32 印张 14.25 字数 380,000

1990 年 4 月第 1 版 1990 年 5 月第 1 次印刷

印数 1—3,800

ISBN 7-5428-0368-9

R·12

定价: 4.90 元

序 言

在内科领域中消化系统疾病的发生率最高。目前国内尚缺少较完整的中西医结合诊治消化疾病的书籍。《中西医结合实用消化病学》一书能较系统地反映现代中西医学在消化系统方面的新水平,因此,本书的出版,对消化系统疾病的诊治将有重要参考价值。

本书的编著者均系上海地区各大医院从事中西医结合的工作者,在消化系统疾病方面做了不少中西医结合的理论和临床研究工作,他们有着丰富的理论知识和实际经验。因此,本书不仅有消化系统疾病的基础理论知识和当代的新成就,而且有丰富的中西医结合的临床经验和心得体会。本书从临床实用出发,在编写中将中医传统的四诊八纲辨证与现代临床诊断的新技术结合起来,更全面的从整体观念认识疾病的本质。对每种疾病都较系统地叙述了祖国医学与现代医学对病因与发病机理的认识、诊断方法、详尽的中医辨证和中医药研究进展及中西医结合治疗方法。全书体现了为贯通中西医学起着较好的桥梁作用。阅读本书后,有助于增长消化系统疾病的中西医理论知识,提高分析能力,开阔临床思路。故本书必将为广大读者所欢迎。

本书内容丰富、新颖详尽,它为中、西医和中西医结合消化疾病的临床工作者和研究者提供了一本很有实用价值的参考书,也是高等医学院校教学参考书。在本书的出版前夕,我怀着喜悦的心情,阅读了此书,向付出了辛勤劳动的各位编著者表示祝贺,并愿为本书作序,深切地期待广大读者能从中吸取营养,为提高我国消化系统疾病的中西医结合诊疗水平作出新的贡献。

邱秀堃

《中西医结合实用消化病学》编委

主 编 王冠庭

副主编 王羲明 于尔辛

编写者(按姓氏笔划为序)

于尔辛教授 上海医科大学肿瘤医院

王冠庭教授 上海第二医科大学瑞金医院

王羲明主任医师 上海市中医医院

何鲁生副主任医师 上海市卢湾区中心医院

胡秀娥副主任医师 上海第二医科大学瑞金医院

前 言

在内科学中,消化系统疾病为常见病,多发病,而且多数是慢性病。近几年来,在中西医理论相结合的指导下,随着对消化系统疾病进行临床实践与理论研究的不断深入,以及对许多消化系统疾病采用中西医结合的诊断与治疗,使疗效有了显著的提高。因而,编著一本较系统地、综合地反映现代中西医结合诊治消化系统疾病的书,以指导临床实践,颇有必要。为此,作者与具有丰富理论知识和实践经验的从事中西医结合研究与诊治的同事们,编著了《中西医结合实用消化病学》一书,供同行们参考。在编著过程中,我们再次参阅了中、外及中西医结合的最新资料,以及进一步总结临床经验和心得体会,使本书不仅具有消化系统疾病的基础理论知识和较丰富的中西医结合临床实践,而且尽量反映了当代中西医结合有关消化系统疾病方面的研究新水平,并为贯通中西医学起着一定的桥梁作用。本书可供中、西医师、中西医结合医务工作者及消化系统专业医务人员作为临床医疗和研究之参考。

本书内容突出中西医结合,每个病均体现中医理论与西医理论相结合,辨证与辨病相结合,中、西药治疗相结合,而重点放在诊断与治疗方面,故内容较为丰富、新颖、详尽和实用。全书共分八章,第一章介绍消化道疾病常见症状的诊断与中西医结合治疗;第二章至第八章为论述食管、胃、小肠、结肠、胰腺、肝脏与胆囊疾病及消化道其他疾病的各论,每个病均介绍中、西医对该病的病因与发病机理的认识、病理、临床表现、诊断与鉴别诊断、中医辨证与中医药研究的新进展以及西药治疗和中西医结合治疗。

由于编者中西医知识有限,不足之处难免,祈同行们批评指正。

王冠庭

1988年6月

目 录

第一章	消化道疾病常见症状的诊断与中西医结合治疗	1
第一节	吞咽困难.....	1
第二节	恶心呕吐.....	3
第三节	便秘.....	6
第四节	腹胀.....	10
第五节	腹痛.....	13
第六节	消化道出血.....	17
第七节	黄疸.....	29
第二章	食管疾病	45
第一节	反流性食管炎.....	45
第二节	食管癌.....	50
第三章	胃与十二指肠疾病	57
第一节	慢性胃炎.....	57
第二节	消化性溃疡.....	73
第三节	消化性溃疡的并发症.....	93
第四节	胃癌.....	96
第五节	胃下垂.....	117
第四章	小肠疾病	121
第一节	小肠肿瘤.....	121
第二节	吸收不良综合征.....	135
第五章	结肠疾病	150
第一节	慢性腹泻.....	150
第二节	非特异性溃疡性结肠炎.....	163
第三节	大肠癌.....	177
第六章	胰腺疾病	188

第一节	急性胰腺炎·····	188
第二节	慢性胰腺炎·····	201
第三节	胰腺癌·····	205
第七章	肝与胆疾病·····	216
第一节	慢性肝炎·····	216
第二节	肝硬化·····	232
第三节	肝性腹水·····	266
第四节	肝性昏迷·····	286
第五节	原发性肝癌·····	307
第六节	急性胆囊炎·····	324
第七节	慢性胆囊炎·····	335
第八节	胆石病·····	343
第九节	胆道蛔虫症·····	370
第八章	消化道的其他疾病·····	375
第一节	细菌性痢疾·····	375
第二节	肠道寄生虫病·····	391
第三节	阿米巴肠病·····	400
第四节	肠梗阻·····	407
第五节	胃肠神经官能症·····	433
第六节	克隆(Crohn)病·····	437

第一章 消化道疾病常见症状的 诊断与中西医结合治疗

消化系统症状包括吞咽困难、恶心、呕吐、便秘、腹胀、腹泻、腹痛等。这些症状都是非特异性,可见于许多疾病,但其一旦出现或发生则提示了消化系统异常或病变。

第一节 吞咽困难

吞咽困难即为吞咽时发生困难,是有关累及食道、咽喉的某些疾病或异常所致,可分为以下三种类型:(1) 进行性吞咽困难,提示有机械性梗阻的狭窄性病变存在,例如癌肿或良性狭窄;(2) 完全性吞咽困难,对吞咽固体和流质食物时均发生困难,常提示食管上的神经肌肉有缺陷,例如食管闭锁和弥漫性食管痉挛;(3) 固定性的吞咽困难,仅在对某些大小或较大的丸药吞咽时发生困难,此提示食管有固定大小的狭窄病变。

【病因与发病机理】

一、祖国医学认识 吞咽困难属于噎膈范畴。噎是吞咽时梗塞不顺。膈是肠膈阻塞。噎膈是饮食难下、食后吐出等一类疾病。其病因多由于长期忧思郁怒、精神刺激、或经常食刺激性食物及嗜酒过度等引起。

二、现代医学认识 吞咽困难常由于食管疾病引起,如癌肿、平滑肌瘤、食管炎、憩室、良性狭窄、纵膈肿瘤、主动脉瘤以及运动异常、食管痉挛等。

持续性吞咽困难,常提示食管潜在性、慢性疾患存在。吞咽困难发生原理如下。

- (一) 口咽部至贲门的疼痛性与梗阻性病变所致；
- (二) 支配吞咽动作的神经或其神经核受损；
- (三) 吞咽肌、食管肌与贲门括约肌的器质性病变或功能失常。

【诊断】

一、X线检查 X线吞钡摄片对诊断食管癌、贲门痉挛、食管炎、食管狭窄、弥漫性食管痉挛、食管环等有重要意义。

二、食管镜检查 and 活检 可直接观察病变的部位、大小、形态，并可取活组织作病理检查，得出可靠的诊断。

三、脱落细胞检查 以食管拉网法行脱落细胞检查，对食管癌有一定的诊断价值。

四、测压检查 有助于食管闭锁、弥漫性食管痉挛及食道炎等的诊断。

五、酸灌注试验 对返流性食管炎有重要诊断价值。

六、吞咽困难的伴随症状 吞咽困难的伴随症状常可提供诊断的线索。如伴有饮食反呛，提示后组颅神经病变；伴随呃逆，提示贲门癌、食管下端癌、膈癌、贲门失弛缓症；如伴有呕血可能患食管炎、食管癌、憩室、溃疡；如伴有神经官能症，常提示瘰疬(梅核气)。

【治疗】

一、对症治疗 给无刺激性软食或半流质饮食，有食管痉挛者给予解痉剂、镇静剂以及拟交感神经的药物，并积极去除病因，如食管癌、先天性食管闭锁等应施行外科手术治疗，如为返流性食管炎可给予抑制胆汁返流及抗酸药物。

二、中医中药治疗 对吞咽梗塞随情绪而变化，或轻或重者，此为气郁不畅所致，常用顺膈汤加减，旋覆花9克 代赭石18克 陈皮9克 姜半夏9克 茯苓9克 柴胡9克 郁金6克 瓜蒌15克 丹参15克 黄芩9克 水煎服。方中旋覆花有降气消痰；代赭石重镇降逆；柴胡、郁金理气开郁；瓜蒌、丹参祛瘀散结；黄芩清热；共奏化痰、开郁散结之效。此方对食管炎、食管痉挛等有一定疗效。对食

管肿瘤, 吞咽食物则梗塞作痛或入而复吐、甚至水饮难下者, 中医认为瘀血内结, 常以通幽汤加减, 生地 15 克 桃仁 9 克 红花 6 克 当归 15 克 赤芍 12 克 丹参 15 克 瓜蒌 15 克 大黄 6 克 水煎服。

作者对食管癌、贲门癌引起吞咽困难者, 常用方药为: 威灵仙 30 克 黄药子 15 克 陈胆星 12 克 白花蛇舌草 30 克 石见穿 18 克 仙鹤草 30 克 炙枳壳 9 克 八月扎 15 克 蜀羊泉 18 克 守宫粉 9 克 (分二次吞服)。如呕吐加旋覆花、姜竹茹、姜半夏等。此方用于癌肿手术后, 结合化疗, 效果尤佳。

第二节 恶 心 呕 吐

恶心呕吐为胃肠运动异常的重要症状, 可见于多种疾病, 包括晕船病、妊娠、药物中毒、急性胃炎、急性胆囊炎、急性胰腺炎, 或幽门梗阻、心肌梗塞、颅内病变, 以及神经精神系统疾患。但呕吐又是一种保护性动作, 可将胃内有害物质排出体外。若呕吐持久而剧烈可引起失水、电解质紊乱、代谢性碱中毒、营养障碍, 甚至会发生贲门粘膜撕裂综合征。

【病因与发病机理】

一、祖国医学认识 祖国医学认为恶心呕吐是由于胃失和降, 气机上逆所致, 是临床上常见的一种症状, 既可单独为患, 也可见于许多疾病过程中, 任何病变只要影响到胃, 迫使胃气上逆时, 都可出现呕吐。然而呕吐也是机体排除胃内有害物质的一种保护性生理反应。当胃中宿食停滞、痰饮停积、或误食毒物, 呕吐可驱邪外出。祖国医学认为呕吐的原因主要由于感受风寒湿及秽浊之邪, 侵犯胃腑, 致使胃气上逆, 或因暴饮暴食, 以致食滞不化, 或脾胃虚弱, 运化失常, 气滞上逆而发生呕吐, 并可因肝失条达, 横逆犯胃, 气逆而吐。

二、现代医学认识 呕吐过程分为三个阶段, 即恶心、干呕与呕吐, 有些疾病的呕吐可以恶心或干呕为先兆。恶心是患者欲吐的感觉, 常伴有咽部或心窝部特殊的不适感, 此时常有头晕、脉缓、血压降低等迷走神经兴奋症状。呕吐由一系列复杂而协调的肌肉

动作所组成,首先是幽门收缩,腹内压升高,迫使胃内容物逆流通过食管咽部而排出口外。若胃蠕动较弱,或贲门不开则胃内容物无从吐出,而仅有欲吐的感觉,则称为恶心,若有呕吐动作而无内容物吐出,则称为干呕。

在延髓有两个不同机理的呕吐机构:1.是神经性反射中枢—呕吐中枢,位于第四脑室底部;2.是化学感受器独发带,接受引起呕吐的各种化学性刺激。当这两部分受到某些因素的影响,则可发生呕吐。

常见的呕吐病因有下列几种。

(一) 中枢性呕吐 如前庭功能障碍、晕动病、内耳眩晕症、精神神经性呕吐、神经官能症、内因性中毒(尿毒症、糖尿病、酮症酸中毒、电解质紊乱、低钾、低钠)以及药物(洋地黄、吗啡、土霉素等)病因引起。

(二) 周围性呕吐

1. 胃原性呕吐

(1) 胃粘膜炎症 包括细菌性、食物中毒、化学性药物(阿司匹林、磺胺等)及物理性(过度充盈膨胀)。

(2) 幽门梗阻 大多见于溃疡病狭窄,少数由于癌性狭窄,以及溃疡病或慢性胃炎引起幽门痉挛。

2. 反射性呕吐 由于腹腔内脏器官病变引起,如阑尾炎、腹膜炎、胆囊炎及胰腺炎等。

咽部受刺激所引起的呕吐也属于反射性。胃滞留亦可引起呕吐。见于梗阻性疾病,如幽门、十二指肠球溃疡伴有疤痕或痉挛、胃癌伴有幽门狭窄、幽门十二指肠蹼、强酸强碱所致的胃幽门狭窄、胰腺癌等。非梗阻性有:糖尿病性、迷走神经切除后、严重电解质紊乱、低钾血症、尿毒症性、胃炎、精神性呕吐、重症肌无力以及颅内肿瘤等。

【诊断】

一、询问病史 问诊时须注意呕吐有无伴发恶心、腹痛、腹泻、体重下降以及饮食和药物的关系。精神性呕吐则无体重减轻

等症状。如体重减轻一般见于胃部发生梗阻的疾病。若呕吐伴有腹痛,吐后疼痛缓解,见于消化性溃疡或近端小肠梗阻。

二、体检 有胃滞留的病人可发现震水声。如发现胃蠕动波伴有震水声提示胃远端机械性梗阻;若无胃蠕动波提示胃麻痹。如腹胀伴肠鸣音亢进应考虑到机械性肠梗阻。

体检应包括眼底检查,见到视乳头水肿,提示有颅内压增高。故对严重而长期恶心和呕吐患者,应详细询问病史和作全面的体格检查,以便找出呕吐的病因。

三、实验室检查 对严重恶心呕吐且并发急性脱水、代谢性碱中毒者,应作全血细胞计数以确定血浓缩的强度,有感染时可见白细胞升高,50%患者尿为浓缩碱性尿,电解质检查可显示代谢性碱中毒。

四、X线检查 腹部平片检查可见胃或小肠有气液充盈而扩张。上消化道钡餐检查,若在钡餐后3小时以上鼻饲胃管抽出300毫升以上液体或食物,可诊断胃有滞留。

【治疗】

一、病因治疗 对引起恶心、呕吐的各种病因,作相应的去除病因治疗,是一根本性治疗方法。

二、对症治疗 镇吐药物应用,一般认为预防比治疗更重要。抗组织胺药物如晕海宁等应用于运动性疾病或美尼尔氏症引起的呕吐。抗胆碱能药物如东莨菪碱(Scopolamine)可应用于前庭神经功能障碍疾病,特别是运动性疾病。

抗组织胺药物可应用于孕妇妊娠性呕吐,为安全镇吐剂。氯丙嗪对洋地黄、抗癌药物等引起的恶心呕吐常常有效。亦可应用于胃肠炎或手术后的呕吐。但这些药物亦有些毒性反应如胆汁郁积、血压降低等,应予以注意。吗丁啉和灭吐灵防治呕吐有效且安全,主要影响胃和十二指肠的自主活动。巴比妥类药物可减低呕吐的敏感性,但此药有明显的镇静作用,能导致吸入性肺炎。其他如维生素B₆、谷维素等对呕吐亦有一定疗效。

三、中医中药治疗 中医治疗恶心呕吐常用旋覆代赭石汤加

减，旋覆花9克 代赭石24克 党参9克 半夏9克 甘草6克 大枣6克 生姜6克 茯苓9克 白术9克 水煎服。方中旋覆花降气消痰，代赭石重镇降逆，以治胃气上逆；党参、白术、茯苓、甘草健脾益气；半夏祛痰降逆；大枣益气和中；生姜配半夏以助和胃止呕。此方对胃炎、胃癌、幽门不完性梗阻、神经性呕吐等均可应用。配合西药镇静剂或灭吐灵等止吐效果更为满意。有人报道用旋覆代赭石汤与六君子汤加减，方药为代赭石、旋覆花、党参、陈皮、半夏、茯苓、甘草、生姜等，并按辨证论治原则，随方加减，治疗顽固性呕吐10例，包括慢性胃炎急性发作、尿毒症、胃癌、肝转移、肝脓肿、肾肿瘤广泛转移各1例。另4例为神经性呕吐，其中有病程长达2~3年者，均有一定止吐作用，代赭石用量加大至24~30克，疗效尤佳。此外，姜竹如、伏龙肝、玉苏丹等亦有良好止呕作用，亦可选用。

第三节 便秘

正常人每日排便一次或二次，若在较长时间内不能排便，并伴有腹胀、腹痛或腹部不适感觉或每天大便量小于250克，则为便秘。

【病因与发病机理】

一、祖国医学认识 祖国医学文献中的“大便难”、“大便鞭”、“燥结”等均是指便秘而言，在伤寒论中有“阳结”、“阴结”及“脾约”等名称。其后张洁古分为“虚秘”、“实秘”、“气秘”、“风秘”、“冷秘”、“热秘”等。目前临床上仍分为热秘、气秘、虚秘、冷秘等。本证主要指现代医学的功能性便秘。主要由于大肠传导功能失常，脾胃运化障碍所致。其病因有下列几方面。

(一) 胃肠燥热 素体阳盛，或饮酒过度，嗜食辛辣，以致胃肠积热；或热病之后，余热未消，耗伤津液，而致大便干结，是为“热秘”。

(二) 气机郁滞 七情不畅，导致气机郁滞，而使肠胃消化、传导功能失常，大便秘结，是为“气秘”。

(三) 气血衰亏 劳倦内伤，或病后、产后及老年患者，气血亏虚。气虚则大肠传送无力，血虚津少则不能滋润大肠，而致便

秘,是为“虚秘”。

(四) 阴寒凝结 身体虚弱或年高肾虚,真阳亏损,肠道失于温煦之权,以致阴寒凝结,阳气不运,使肠道传导无力,是为“冷秘”。

二、现代医学认识 有许多因素可影响肠道排便,包括精神因素、全身性疾病、机械因素及某些药物等。

(一) 器质性结肠梗阻 如憩室炎、结肠肿瘤、炎症性狭窄及直肠狭窄等。

(二) 内分泌疾病 甲状腺机能减退、垂体功能低下。

(三) 药物因素 包括抗胆碱能药物,含有钙、铝、铋成分的抗酸剂,抗高血压药物特别是神经节阻滞剂,抗抑郁药物,利尿药物导致低血钾可发生便秘。此外,各种镇静剂,亦可引起便秘。

(四) 电解质紊乱 低钾或高钙血症。

(五) 功能性肠道疾病 常见有功能性便秘。

正常情况下,促成排便动作的主要因素首先为肠内有能够刺激肠壁产生正常蠕动的内容物,和正常的神经反射;即直肠粘膜受粪便充盈扩张的机械性刺激,产生冲动,经盆腔神经腰骶脊髓传入大脑皮质,又经传出神经将冲动传出,使直肠收缩,肛门括约肌松弛,腹肌及膈肌收缩而将粪便排出,凡上述排便过程的任何环节发生障碍时,均可发生便秘。

便秘可分结肠性和直肠性便秘两种。

(一) 结肠性便秘又分弛缓性、痉挛性和梗阻性。

1. 弛缓性结肠性便秘 排便的动力主要取决于肠壁平滑肌、肛提肌、膈肌和腹壁肌,当这些肌肉收缩力减弱时,粪便向前推进的动力不足,则产生弛缓性便秘。常见于肺气肿、重度营养不良等。此外,长期卧床的某些消耗性疾病、发热性疾病以及应用某些药物如阿托品、普鲁本辛等均可引起弛缓性便秘。

2. 痉挛性结肠便秘 一般由于迷走神经兴奋性增高,以致横、降结肠部位产生痉挛所引起。

3. 梗阻性便秘 由于肠内或肠外机械性梗阻引起。

(二) 直肠便秘 由于直肠排便反射减弱或消失及直肠狭窄所致。

【诊断与鉴别诊断】

一、病史 患者是否有服上述致便秘药物,有否腹部、痔疮及直肠或膀胱周围手术史,对便秘病因诊断可提供重要线索。

便秘持续时间对诊断亦有参考意义。如持续数周或数月,应考虑某些梗阻性或代谢性疾病;若功能性便秘则持续时间可更长。如同时伴有体重减轻,则提示某些潜在性的全身疾病的可能。大便的外形亦有助于诊断,如激惹结肠综合征,常有直肠乙结肠的痉挛,可带有粘液的细粪便。溃疡性结肠炎,大便常带有粘液和脓血。若大便进行性变细则提示有癌肿存在。便秘和腹泻交替,常提示功能性肠道疾病或肠道过敏。

体格检查注意腹部有无肿块、器官肿大和压痛。观察肛门和肛周有无肛痔、肛裂和肛痿。直肠指检有无肿块和血液。

二、纤维乙结肠镜检查 观察直肠和乙结肠有无局部病变,例如肛裂、直肠、乙结肠癌或溃疡性直肠炎。

三、钡剂灌肠 可发现结肠腔内有无狭窄性病变、憩室炎或某些其他炎症性病变。

总之,对便秘的诊断应考虑直肠、结肠有无局部病变;有无全身性疾病如代谢内分泌疾病;有无服用引起便秘的某些药物等。从而作出较为符合客观的诊断。

【治疗】

一、病因治疗 对便秘的治疗,首先要设法去除各种病因,避免精神紧张。对功能性便秘患者要养成每日按时排便习惯,使直肠的排便运动产生条件反射;多吃含纤维素的食物,包括新鲜蔬菜、水果,能刺激肠蠕动,促使排便。

二、对症治疗 对某些植物性神经功能紊乱、习惯性便秘、弛缓性和痉挛性便秘,可给予调整植物性神经功能药物如谷维素等,并服用适当导泻剂如氧化镁或氢氧化镁(1~3克,每日3次),亦可选用肠道刺激性泻药酚酞(0.1~0.2克/次,日服3次),双醋酚酞

(1~2片/每晚),大黄片(2~3片/次,日服3次),能刺激结肠蠕动而导泻。此外,牛黄解毒片(2片/次,日服3次),或更衣片(2片/次,日服3次)。亦可服用石蜡油30毫升/日。

三、中医中药治疗 便秘若由于其他疾病引起,则应着重治疗原发性疾病,并可结合辨证治疗。对于功能性便秘患者,往往便秘时间较长,有时甚至需服用泻药,方能通便,停药后又便秘,对这些患者,根据不同病因与证候,以中医中药治疗为主,辅以适当的西药导泻剂,同时嘱患者加强排便习惯的锻炼,往往能取得较好的疗效。常用的中药泻下药物有大黄、火麻仁、郁李仁、巴豆等,可用于实热积滞,大便燥结。热秘或气秘者可选用其中以大黄为主的方剂大承气汤,用大黄9克 厚朴6克 枳实9克 常用于热性病所致的胃肠热结,或肠梗阻等;大柴胡汤用柴胡9克 黄芩9克 芍药12克 半夏9克 枳实9克 大黄9克 生姜6克 大枣5克,常用于肝胆实热便秘,胆道结石等。对肠内有积滞,胸脘痞闷,或大便秘结,可用枳实导滞丸,大黄9克 枳实9克 六曲12克(包) 茯苓12克 黄芩9克 黄连4克 白术9克 泽泻12克。如积滞内停,脘腹胀满,大便秘结,可用木香槟榔丸,木香9克 青皮9克 陈皮9克 香附9克 莪术9克 黄连4克 黄柏9克 大黄9克 槟榔12克 牵牛子9克,以行气导滞,泄热通便。对体弱或老年气虚便秘者应给予益气润肠之品,切勿用攻下药物。常用黄芪汤加减,黄芪15克 陈皮9克 火麻仁15克 白蜜15克(冲) 党参15克 当归12克。对脾气虚弱,健运无力,大肠传导失调而排便不畅者有效。对血虚津亏或产后阴血不足所致的肠燥便秘,可用润肠丸加减,当归12克 生地12克 火麻仁15克 桃仁9克 枳壳9克,以养血润燥通便。

此外,治疗便秘的单方验方亦可选用,如治疗热秘常用生大黄或蕃泻叶6克开水泡服。对年老体弱和习惯性便秘可用当归、火麻仁各15克,水煎服,或服脾约麻仁丸2~3克,每日2次,可润肠通便。

第四节 腹 胀

腹胀指腹腔内胃肠道有大量气体积聚。胃肠道内气体主要因吞咽和从血液弥散至腔内所致。大量胃肠道积气会引起腹胀，可见于多种疾病。

【病因与发病机理】

一、祖国医学认识 祖国医学将腹胀包括于膨胀范畴，称腹胀为气胀，如腹胀中空无物名曰“气胀”，亦有因单见腹部胀大，故有单腹胀之称。其发病机理，多与情感因素有关，七情不舒，肝气郁结，气机失调，或因脾胃损伤，肝失疏泄，脾失健运，影响气机而致腹胀。

二、现代医学认识 正常人每天约有 600 毫升气体由直肠内排出。若严重吸收不良患者，摄入非吸收的低聚糖和多糖，则可有大量气体排出。气体主要成分有氮气、氧气、氢气、甲烷及二氧化碳。

氮气是肠道内主要气体，由胃肠道排出。几乎所有氮气，由吞入胃或从血液弥散而来。腹胀患者大约每天有 400 毫升氮气停留在肠道内。此外，肠腔内有含量较少的氧气。

氢气主要由结肠细菌产生，大量氢气主要由未吸收的碳化氢或蛋白质所产生。正常人摄入未被吸收和消化的谷类及其他低聚糖、多糖以后，可产生过量的氢气。过量的氢气产生，是肠道乳酸缺乏和其他吸收不良疾病的重要特征之一。少数人肠道内可产生甲烷（ CH_4 ），来自结肠细菌的代谢，其与氢气不同之点，为其产生与食物无关，在空腹时亦可存在。二氧化碳在整个胃肠道内均可被发现。在小肠上部凡因盐酸与重碳酸钠中和时均可产生二氧化碳。几乎所有二氧化碳在通过小肠期间均被快速地吸收。结肠内细菌可致双糖类和脂肪酸产生二氧化碳而引起腹胀。过量的二氧化碳亦可因摄入谷类和其他未吸收的低聚糖而产生。

腹胀主要发病机理为肠内产气过多；肠壁运动障碍致大量气